

# Formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire du District de Columb

(French)



## Instructions pour le parent/tuteur :

**1<sup>re</sup> partie** – Veuillez renseigner l'ensemble des sections et préciser la race ou l'origine ethnique de l'enfant. Veuillez indiquer le quartier où vous résidez, le nom de votre médecin traitant, celui de votre dentiste référent, et votre assurance dentaire. Si l'enfant n'est pas suivi par un dentiste et que vous n'avez souscrit à aucune assurance en la matière, veuillez inscrire « Néant » dans chaque encadré.

**2<sup>e</sup> partie** – En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le dentiste ou l'établissement à partager les informations dentaires du formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution, le Ministère de la Santé ou toute autre entité concernée. Toutes les informations demeureront confidentielles. **Ce formulaire sera considéré incomplet tant que le parent/tuteur n'aura pas apposé sa signature. Ce dernier doit signer le document, apposer son nom en majuscules et dater la présente section.**

## 1<sup>re</sup> partie – Informations relatives à l'enfant (à compléter par le parent/tuteur)

Nom de l'enfant :	Prénoms de l'enfant :	Date de naissance : MM/JJ/AAAA	Sexe : O M O F	École ou garderie : Niveau :
Nom du parent/tuteur (1) :	Téléphone (1) : O Fixe O Portable O Professionnel	Adresse personnelle :		Quartier :
Nom du parent/tuteur (2) :	Téléphone (2) : O Fixe O Portable O Professionnel	Contact en cas d'urgence :		Téléphone :
Race/Origine ethnique : O Blanc non hispanique O Noir non hispanique O Hispanique O Asiatique ou natif des îles du Pacifique O Autre				
Médecin traitant :	Dentiste/Specialiste référent :	Type d'assurance dentaire : O Medicaid O Assurance privée O Néant O Autre		

## 2<sup>e</sup> partie – Signature du parent/tuteur requise

### (Autorisation de divulgation des informations médicales).

J'autorise la personne/l'organisme signataire de l'examen médical à partager les informations médicales contenues dans le présent formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou le Ministère de la Santé

NOM du parent/tuteur EN MAJUSCULES :

SIGNATURE du parent/tuteur :

Date :

## Instructions pour le dentiste référent :

**3<sup>e</sup> partie** : entourez Oui ou Non dans la colonne Conclusions. Lorsque la réponse est positive, veuillez la détailler dans la colonne Commentaires.

**4<sup>e</sup> partie** : indiquez si l'enfant a fait l'objet d'un examen minutieux et si le traitement est terminé. Dans le cas contraire, veuillez désigner un référent pour le suivi des soins. Le dentiste doit signer et dater le document, et fournir les informations demandées.

## 3<sup>e</sup> partie – Résultats de l'examen et recommandations aux parents (veuillez compléter la colonne Conclusions)

FORMULAIRE CONFIDENTIEL

	Conclusions	Commentaires
Gingivites	O N	
Plaque et tartre	O N	
Attache épithéliale anormale	O N	
Malocclusion	O N	
Caries traitées	O N	
Caries non traitées	O N	O Cochez cette case si les soins sont urgents
Scellants sur molaires permanentes	O N	
Fissures palatines et labiales	O N	
Réalisation de soins préventifs	O N	Quels types de soins préventifs ont été réalisés ? O Prophylaxie O Fluorure O Hygiène bucco-dentaire

## 4<sup>e</sup> partie – Examen final : signature du dentiste référent requise

Cet enfant a fait l'objet d'un examen minutieux. Le traitement est O terminé O non terminé O en cours O refusé O inutile. Cet enfant doit suivre un traitement O urgent O non urgent et est actuellement soigné O par ma personne ou O a été redirigé vers :

Signature du dentiste/spécialiste référent :

Nom en majuscules :

Adresse :

Fax :

Téléphone :

Date :

## Certificat médical du District de Columbia :

Le présent formulaire remplace la précédente version du Formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire du District de Columbia (par un spécialiste) utilisé pour déterminer non seulement l'inscription aux DC Schools, aux programmes *Head Start*, aux garderies, aux institutions, mais aussi la participation à l'ensemble des programmes scolaires, sports ou événements, et à toute autre activité du District de Columbia nécessitant un examen médical. Le présent formulaire a été approuvé par le Ministère de la Santé du DC et satisfait aux directives de l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, académie américaine d'odontologie pédiatrique) en matière d'examen bucco-dentaire obligatoire aux inscriptions scolaires. L'AAPD recommande que les enfants soient soumis à un examen bucco-dentaire dans les 6 mois suivant les premières dents, et ce avant son troisième anniversaire. Le Ministère de la Santé du DC recommande que les enfants âgés de plus de 3 ans soient examinés par un dentiste agréé et qu'un formulaire d'examen bucco-dentaire ait été complété à leur égard. Le présent formulaire est un document confidentiel conforme aux exigences de la loi Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, loi américaine sur l'assurance maladie) applicable aux prestataires de santé et de la loi Family Education Rights and Privacy Act (FERPA, confidentialité et droits des familles en matière d'éducation) réservée aux DC Schools et autres établissements.